ITEM 38 (ex-37) : INFERTILITÉ DU COUPLE : CONDUITE DE LA PREMIÈRE CONSULTATION

Définitions	- **Infertilité** (concept d'aptitude) = perte de la capacité de procréer - **Inféconditié** (concept de résultat) = incapacité d'un couple sexuellement actif sans contraception d'obtenir une grossesse en un an ↳ *Primaire* = aucune grossesse préalable ↳ *Secondaire* = ≥ 1 grossesse antérieure ≠ **stérilité** = impossibilité définitive de procréer - **Fécondabilité** (probabilité de concevoir lors d'un cycle d'exposition à la grossesse)	
Epidémio	**Fécondabilité** pour un couple fertile âgé de 25 ans : 25% - 10 % des couples ont recours à la PMA pour concevoir - **15-20%** des couples consultent pour infertilité (60 000 cas/an), seulement **4% sont stériles** ↳ 20% = origine masculine stricte ↳ 40% = mixte	
Examen clinique	**Interrogatoire**	- Fertilité de l'homme : fécondité antérieure, durée de l'infécondité (primaire ou secondaire), histoire sexuelle, fréquence des coïts - Consommation tabac cannabis, alcool, stéroïdes anabolisants - Exposition (parfois professionnelle) à la chaleur, aux perturbateurs endocriniens, radiations ionisantes, stress - ATCD de cryptorchidie, pathologies chroniques, torsion, traumatisme, chirurgies inguinales ou scrotales, infections urogénitales - ATCD fam : hypofertilité, cryptorchidie et cancer du testicule, pathologies génétiques (mucoviscidose), consanguinité - Traitements : chimiothérapie, radiothérapie, psychotropes, anticonvulsivants, stéroïdes, alpha-bloquants, inhibiteurs de la 5 alpha-réductase
	Examen physique	- Caractères sexuels secondaires, mammaire, pénis, méat urétral, testicules (mensuration, nodule, fermeté), varicocèle (grade 1 : palpable seulement en manœuvre de Valsalva, grade 2 : palpable au repos mais non visible, grade 3 : visible et palpable au repos), épididymes, déférents
Examens Paracliniques	**Spermogramme**	**- Systématique** . Recueil **en laboratoire après 2 à 7 jours** d'abstinence sexuelle . Paramètres macroscopiques du plasma séminal : volume, pH, viscosité . Paramètres microscopiques : concentration, mobilité, vitalité, morphologie . En cas d'anomalie : **refaire le spermogramme à 3 mois d'intervalle** **- Anomalies du spermogramme :** . ***Azoospermie*** : absence totale de spermatozoïdes dans le sperme sur 2 examens successifs . ***Oligospermie*** : nombre de spermatozoïdes < 15 millions/ml ou < 39 millions par éjaculat . ***Asthénospermie*** : <32% de spermatozoïdes mobiles progressifs . ***Nécrospermie*** : < 58% de spermatozoïdes vivants . ***Tératospermie*** : < 4% de spermatozoïdes de morphologie normale . ***Hypospermie*** : volume éjaculé <1.5 ml . ***Leucospermie*** : nombre de PNN > 1 million/ml
	Autres examens	**- Echographie scrotale :** recherche de nodule testiculaire, volume testiculaire (hypotrophie<15ml, atrophie<6ml), obstruction déférentielle, varicocèle **- Bilan hormonal minimum** . FSH . Testostérone totale **- Indications d'un caryotype** . Azoospermie non obstructive (anomalies du caryotype dans 17% des cas) . Oligospermie < 10 millions de spermatozoïdes/ml . Histoire familiale d'avortement à répétition, de malformations, de retards mentaux **- Indication de la recherche des microdélétions du chromosome Y** . Azoospermie non obstructive (2% de microdélétions) . Oligospermie < 1 million de spermatozoïdes/ml **- Indication de recherche de mutation du gène CFTR** . Mucoviscidose . Azoospermie obstructive par absence bilatérale des canaux déférents et des vésicules séminales . Conjointe d'homme ayant une mutation CFTR
Principaux tableaux clinico-biologiques	**Azoospermies obstructives (excrétoires) :** obstacle bilatérale chez un homme ayant une spermatogénèse normale	**- Tableau :** . Volumes testiculaires normaux . FSH normale . Dilatation épididymaire bilatérale . Anomalies des voies séminales (absence, nodule, dilatation) : clinique et échographique **- Principales étiologies :** . Absence bilatérale des canaux déférents et des vésicules séminales : mutation CFTR ? . Obstruction bilatérales des voies séminales (épididymes, canaux déférents ou canaux éjaculateurs) : causes infectieuses, chirurgicales ou traumatiques

Principaux tableaux clinico-biologiques	**Azoospermies non obstructives (sécrétoires) :** atteinte de la production de spermatozoïdes par les testicules	**- Tableau :** . Volumes testiculaires souvent diminués . Si FSH effondrée : origine centrale/rare. hypogonadisme hypogonadotrope. Principalement syndrome de Kallmann de Morsier ou tumeurs hypophysaires . Si FSH élevé : origine testiculaire/fréquent . Recherche de tumeur testiculaire, atrophie testiculaire, varicocèle + Caryotype (Klinefelter ou microdélétion Y)
	Oligo-asthéno-tératospermies (OATS)	Anomalie **la plus fréquente** **Principales étiologies :** . Varicocèle . Infection . Cryptorchidie . Mode de vie (tabac, cannabis…) . Profession . Génétiques . Idiopathiques (40% des cas)